Aus der Psychiatrischen Klinik Heidelberg.

Ueber die klinischen Formen der Gefängniss-psychosen.

Inaugural-Dissertation

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

der

Universität Zürich

von

Ernst Rüdin, med. pract.,
Assistenzarzt der Irrenklinik Heidelberg.

ACAD. MED. BIBL.

Berlin.
1901.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549811_0119

So wichtig und von wie praktischer Bedeutung es ist, das Studium den verschiedenen geistigen Erkrankungen in der Haft in gleicher Weise zuzuwenden, so concentrirt sich doch das wissenschaftliche Interesse namentlich auf die Frage nach dem Bestehen einer für die Gefangenschaft charakteristischen Psychose mit eigener Entstehung, Form und eigener Prognose.

Von diesem Gesichtspunkte aus sei die über den Gegenstand erschienene wichtigste Literatur hier kurz kritisch beleuchtet.

In den 40er Jahren weist *Chrastina* hin auf die besondere Neigung leidenschaftlich veranlagter Menschen, wie sie die Verbrecher häufig sind, in der Einsamkeit der Zelle ihre Phantasie zu erhitzen, zu grübeln und verbissen und verbittert zu werden. Von besonderen Formen von Geisteskrankheit spricht er nicht.

Winslow theilt in der Mitte dieses Jahrhunderts mit, dass Geisteskrankheit häufiger bei zu längerer Haft Verurtheilten vorkommt, namentlich in den Zellgefängnissen. Der von ihm geschilderte Symptomencomplex von Unruhe und ängstlichen Hallucinationen kann in Heilung oder Blödsinn ausgehen, je nachdem die Einzelhaft aufgehoben wird oder nicht. — Die klinische Charakterisirung seiner Krankheitsbilder ist ganz ungenügend. Die Prognose lässt *Winslow*, wie uns scheint, zu sehr sich nach

Aeusserlichkeiten richten. Die Art des Blödsinns, welche bei schlimmem Ausgang eintritt, wird nicht näher beschrieben, noch gegen andere Blödsinnsformen abgegrenzt.

Sauze meint im Jahr 1857, dass nur ein geringer Procentsatz von in den Gefängnissen vorkommenden Psychosen dem Einfluss der Gefangenschaft zur Last fallen. Die Art dieser Psychosen bespricht er nicht weiter.

Griesinger erscheint es im Jahr 1861 sicher, dass die gänzliche, strenge Zellenhaft, ohne Unterschied durchgeführt, die Zahl der psychischen Erkrankungen erhöht. Welcher Natur dieselben sind wird nicht erwogen.

Moritz (1862) unterscheidet „psychotische Zustände", die sich aus ungünstigen Zuständen während der Haft entwickeln von Erkrankungen im Gefängniss. Bei ersteren stehen die Wahnvorstellungen in keinem Zusammenhang mit dem begangenen Verbrechen, bei letzteren wohl, wobei Reizbarkeit, Selbstanschuldigung wegen wirklich begangener oder fingirter Verbrechen, Excesse gegen die Hausordnung, Verfolgungs- und Vergiftungswahn mit Hallucinationen auftreten kann. Eine scharfe Abgrenzung dieser beiden Zustände gegeneinander und gegen andere Formen wird unterlassen.

Gutsch bespricht im Jahre 1862 als erster in ausführlicherer Weise die Seelenstörungen in Einzelhaft, der er eine grosse ursächliche Bedeutung für das Zustandekommen von Geisteskrankheiten beimisst. Ihn frappirt die häufige Gleichartigkeit in Form und Inhalt des von Inhaftirten dargebotenen Krankheitsbildes: Meist sind es, vereinzelt oder nebeneinander vorkommend, gemüthliche Verstimmung und Reizbarkeit, Hallucinationen neckenden, verspottenden Inhalts, verschlossenes, scheues, ängstliches Wesen, Tobsuchtsanfälle, der Umgebung angepasste Verfolgungsideen (die Aufseher sprechen über den Gefangenen u. s. w.), Unruhe, Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung und andere Symptome, welche hauptsächlich den leidenschaftlichen Verbrecher, vorzugsweise in der ersten Zeit der Haft befallen. Die auf diesem Boden heranwachsenden Wahnideen und Sinnesdelirien können lange Zeit als vereinzelte Krankheitserscheinungen fortbestehen, ohne in die schlimmen Formen des Verfolgungswahnsinns überzugehen. *Gutsch* ist, nach seinen eigenen Worten, „weit entfernt, Prognose und

Verlauf der Seelenstörungen als Eintheilungsprincip aufstellen zu wollen", wagt aber doch zu „behaupten, dass sie bei den Seelenstörungen einzelgefangener Verbrecher einen so hohen Grad von Zweifelhaftigkeit im Allgemeinen nicht besitzen, wie bei denen der freien Bevölkerung". Wir vermissen bei *Gutsch* also strenge, genau umschriebene symptomatische sowohl, als auch prognostische Anforderungen an die Aufstellung einer Gefängnisspsychose.

Roller, der diesen Mangel fühlt, erkennt zwar den Werth der Beschreibung der *Gutsch*'schen Gefängnisspsychose an, wünscht aber zu deren Erhärtung noch weitere Beobachtungen über das Verhalten des Bewusstseins der Kranken vor, während und nach den Zufällen, über die mit ihnen coexistirenden leiblichen und seelischen Zustände, über ihren Verlauf und Ausgang.

Delbrück (1863) unterscheidet verschiedene Ursachen beim Zustandekommen von Geistesstörung in der Haft. Auch er findet, dass Leidenschaftsverbrecher, zumal in den ersten Jahren der Gefangenschaft, ganz besonders zu Hallucinationen in der Einzelhaft disponirt sind und meint, dass Aufhebung der Isolirung, Beschäftigung etc. das sicherste Mittel sei, die Krankheit im ersten Entstehen zu ersticken. Eingehende Angaben über Symptomatologie und Verlauf dieser „Krankheit" giebt *Delbrück* nicht. Er weist nur darauf hin, dass ein einmaliges, grosses Verbrechen dem späteren Wahnsinn ein eigenartiges Gepräge aufdrückt, das verschieden ist von demjenigen, welches sich bei Psychosen von Leuten findet, die eine lange Verbrecherpraxis hinter sich haben.

Reich stellt (1871) in seiner umfassenden Arbeit einige prägnante, gemeinsame Punkte der von ihm beschriebenen drei Formen der acuten Seelenstörungen in der Gefangenschaft zusammen, Störungen, welche schon nach einer Dauer von nur mehrstündigem bis mehrwöchentlichem Gefangensein auftreten können. Er erwähnt das hallucinatorische Traumleben mit oder ohne erhaltenen Bewusstseins, mit oder ohne Amnesie, durchbrochen oder nicht von klaren Momenten, dämonomanische Färbung der Vorstellungen, Vergiftungswahn mit vorübergehender Nahrungsverweigerung, clonische Muskelkrämpfe, Selbstmorddrang, Tobsucht. — Aus dieser Gemeinsamkeit in Genese, Form und Verlauf der bei Gefangenen sich entwickelnden psychischen Störungen wird geschlossen, dass in der Gefangenschaft selbst als solcher ursächliche Momente gegeben

sein müssen, welche jene Aehnlichkeit der Psychosenformen bedingen. Diese Momente bestehen angeblich in dem heftigen Affect und der gehemmten Ausgleichung und Lösung desselben. — Die Zusammenfassungen aus den Krankengeschichten *Reich*'s bieten keine Züge, welche zur Aufstellung dieser Erkrankungen als eigenartiger Psychosen berechtigten. Im Gegentheil lassen sich alle seine Bilder ohne Zwang in eine der bekannten Geisteskrankheiten der Freiheit einreihen.

Hurel (1875) hat ebenfalls im Gefängniss entstandene Fälle von Melancholie mit Hallucinationen und Verfolgungswahn beobachtet. Aber er charakterisirt sie nicht weiter und trennt sie auch nicht scharf von andern Formen ab, ebensowenig wie *Wille*, der 1885 als directer Ursache für das Zustandekommen der Paranoia auch der Einzelhaft gedenkt. Sie soll zu den prognostisch-günstigsten seiner Formen gehören.

Beachtenswerth, namentlich vom prognostischen Gesichtspunkte aus, sind die Bemerkungen, die *Moeli* im Jahr 1888 macht. Mässig Schwachsinnige werden, nach Ueberstehen der acuten Symptome meist noch schwachsinniger. Doch bilden die in der Haft aufgetretene gemüthliche Depression, die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sich zuweilen vollkommen zurück. Bei diesen Fällen war eine gewisse Geistesschwäche, war Oberflächlichkeit und Hilflosigkeit des Wesens auch vorhanden.

Die irren Verbrecher fand *Moeli* im Gegensatz zu *Chrastina*, *Delbrück* und *Gutsch* nicht bei den Leidenschafts-, sondern vornehmlich unter den Eigenthumsverbrechern.

Wohl am Eingehendsten hat sich mit der Frage einer eigenartigen Hafterkrankung *Kirn* (1889) abgegeben. Dieselbe zeigt sich nach ihm in zwei Formen, in der acuten hallucinatorischen Melancholie, und im acuten hallucinatorischen Wahnsinn. — So auffallend viele gemeinsame Züge, namentlich in Inhalt und Form der Hallucinationen und in der Art und Weise der Wahnbildungen die von *Kirn* beschriebenen Bilder zeigen, so gehen sie doch in fast allen andern Punkten so weit auseinander und bieten so viele Züge, die für die verschiedensten Erkrankungen des freien Lebens charakterisch sind, dass es unmöglich ist, anzunehmen, dass diese Fälle alle klinische Zusammengehörigkeit besitzen. Ich rede selbstverständlich nur von denjenigen Fällen, deren ausführliche von

Kirn gegebene Beschreibung ein Urtheil über die Art der nach unserer Meinung vorliegenden Erkrankung erlaubt. Ist die gegebene Skizze aber unvollständig, so müssen wir im Interesse der Klarheit deren Ergänzung verlangen. Solange dies nicht geschehen, dürfen wir diese Fälle nicht als beweiskräftig für die Annahme einer eigenartigen Psychose betrachten.

Max-Simon betont (1891) die Häufigkeit der Exacerbation irgend einer schon vor der Inhaftirung bestehenden geistigen Erkrankung im Gefängniss und meint, dass gerade die beschränkten und schwachsinnigen Individuen, welche die Langeweile des Einsiedlerlebens nicht durch das Spiel eigner Ideen betäuben können, die Zellhaft ganz besonders schwer ertragen und der Hallucination und Wahnbildung zum Opfer fallen.

Krafft-Ebing sagt wörtlich: „Die Formen des Kerkerirreseins sind die gewöhnlichen des freien Lebens, aber modificirt durch die eigenthümlichen hygienischen, socialen und disciplinären Verhältnisse des Strafhauses.“ Als Hauptmodification, namentlich in der Isolirhaft auftretend, führt er an ein mit Gehörshallucinationen beginnendes Irresein.

Schüle nimmt 1886 einen acuten Gefangenenwahnsinn an, bei welchem die Stimmen gewöhnlich verspottenden oder neckenden oder auch beängstigenden Inhalts sind. Bei seinem Weiterverlauf kann entweder Genesung (gewöhnlich durch Versetzung in gemeinsame Haft) erfolgen, oder aber ein chronischer Secundärzustand mit Hallucinationen und reizbarer geistiger Schwäche. Der Autor scheint aber diese Krankheit nicht als solche in Gegensatz zu andern Formen des Wahnsinns stellen zu wollen. Schon die Constatirung der ganz verschiedenen Prognose lässt an der klinischen Einheitlichkeit dieses Gefangenenwahnsinns zweifeln, abgesehen davon, dass auch unter der Bezeichnung chronischer Secundärzustand mit Hallucinationen und reizbarer geistiger Schwäche die Ausgänge ganz verschiedener klinischer Einheiten untergebracht werden können.

Da unsere Frage also von manchen Forschern in bejahendem, von andern in verneinendem Sinne beantwortet wird, eine dritte Gruppe von Psychiatern, worunter *Kraepelin*, sie als offen betrachtet oder keine scharfe Stellung zu ihr nimmt, so erschien es mir wünschenswerth, dieselbe an der Hand des Heidelberger Materials

wiederum zu prüfen und das wichtige Thema so wieder zur Discussion zu bringen.

Meine Untersuchung erstreckt sich über einen Zeitraum von 9 Jahren auf 94 Gefangene, wovon 84 Männer und 10 Frauen, welche entweder in der Haft selbst erkrankt waren oder daselbst eine Verschlimmerung ihrer schon früher aquirirten Geistesstörung zu erleiden hatten.

Um unsere Frage genauer zu umschreiben, seien die Haft-erkrankungen, je nach ihrer grössern oder geringern Häufigkeit, der Reihe nach besprochen.

Die Durchsicht meiner Fälle auf die numerische Vertheilung der klinischen Formen hin ergiebt als weitaus häufigste Geistesstörung im Gefängniss die Katatonie.

In 55 pCt. der Erkrankungen liegt sie in typischer Form vor und zwar bieten die Fälle unter sich eher weniger Verschiedenheiten dar als die Katatonien des freien Lebens. Ich möchte an ihnen drei Verlaufstypen unterscheiden, welche, zu Beginn recht verschieden, gegen Ende ihrer Dauer immer mehr einander sich nähern und schliesslich alle in den eigenartigen katatonischen Schwachsinn zusammenlaufen.

Den ersten, zahlreichsten Typus bildet eine Gruppe, die man vielleicht kurz als Vaganten-Gruppe bezeichnen kann. (31 Fälle.)

Ein junger Mensch entwickelt sich vorzüglich, ist kräftig, lernt gut in der Schule, stellt als Lehrling den Meister vollständig zufrieden, hängt aber eines schönen Tages die Arbeit plötzlich an den Nagel und läuft fort auf die Wanderschaft. Zeichen von eigentlicher Geisteskrankheit sind an ihm nicht wahrzunehmen. Da er nicht arbeiten will, bettelt er sich durch, stiehlt auch wohl einmal Gegenstände von geringem Werth, kommt in Arrest, ins Gefängniss in Isolir- oder Collectivhaft, bettelt und vagabundirt wieder und landet schliesslich im Arbeitshaus, wo er in Collectivhaft plötzlich oder allmählich an katatonischen Symptomen erkrankt.

Oder — auf eine normale Entwickelung folgt Vagantenthum. Kurz nach Beginn desselben brechen in der Freiheit Symptome von Geistesstörung hervor, die rasch vorübergehen; hierauf wird das Stromern fortgesetzt, bis im Arbeitshause wieder katatonisch-acute Zustände auftreten. Oder — das Landstreicherleben ist gleich von Beginn an von offenkundigen Zeichen katatonischer

Erkrankung begleitet. Endlich kommt es vor, dass fleissige, intelligente, junge Leute in schleichender oder acuter Weise an hebephrenischen Symptomen erkranken; diese treten allmählich zurück und es bleibt übrig ein Vagabund, Bettler und Taugenichts, den Niemand für geisteskrank hält. Seine Gewohnheiten bringen ihn mehrere Male in Haft und er erkrankt in einer derselben an einer Exacerbation der Krankheit, welche ihn schon in seiner Jugend befallen und ihn vom intelligenten und fleissigen Menschen zum Landstreicher und Bettler verwandelt hatte.

Es ist wohl kaum zweifelhaft, dass alle diese Fälle klinisch zusammengehören. Bei allen setzt nach vortrefflicher bis mittelmässiger Entwickelung in der Jugend eine vorläufig noch unbekannte Ursache ein, welche die Leute in ihrem Wesen schwer verändert; bei allen zeigen sich mit der Zeit Erregungszustände, die uns beim Bilde der Katatonie geläufig sind. Alle nehmen ihren Ausgang in den für diese Krankheit charakteristischen Schwächezustand. Ob nun dabei das Vagabundenleben der eigentlichen Erkrankung voraufgeht oder ob es ihr nachfolgt, ob die ersten Zeichen acute, ob sie chronische sind, ist für die Beurtheilung der klinischen Bedeutung des Bildes nicht wesentlich.

Etwas schwieriger ist die klinisch-einheitliche Deutung der Lebensäusserungen, welche wir bei den Individuen des zweiten katatonischen Typus, bei der Gruppe der Gewohnheits-Verbrecher finden (11 Fälle). Es handelt sich hier um von Jugend auf verbrecherisch angelegte Individuen, welche zahlreiche Strafen wegen Diebstahls, Unterschlagung, Nothzucht, Körperverletzung u. s. w. hinter sich hatten und schliesslich, meist in Isolirhaft, katatonisch erkrankten. Vor dieser Erkrankung boten sie nachweislich keine Spuren von Geistesstörung dar. Zwar waren es vielfach psychisch nicht ganz Normale, jedoch keineswegs Menschen mit hebephrenischen Anzeichen. Wir sind also nicht berechtigt, das Vorleben dieser Leute etwa als Vorläufer-Stadium in die katatonische Erkrankung miteinzubeziehen, sondern müssen es der Zukunft überlassen, zu entscheiden, ob in diesen Fällen Verbrecherleben und spätere Katatonie klinisch zusammengehören oder ob letztere nur auf dem Boden des Verbrecherthums entstanden, ohne demselben wesensverwandt zu sein.

Die katatonische Erkrankung vom dritten Typus (8 Fälle)

befällt, soweit wir wissen, gesunde, wenn auch zum Theil mit unangenehmen Charaktereigenschaften behaftete Menschen, welche wegen einer einmalig verübten grössern Strafthat in Einzelhaft versetzt wurden. Fünf Fälle dieser Gelegenheitsverbrecher zeigten acuten, drei subacuten Beginn. Die Beobachtung von fünf Kranken erstreckt sich auf mehrere Jahre; von ihnen ist keiner gesund geworden. Die drei übrigen Fälle sind noch in unserer Behandlung und zeigen, wie die ersten fünf, das typische Bild der Katatonie. Ob die Betreffenden nicht schon zur Zeit der Begehung der That krank waren, ist mit absoluter Sicherheit nicht zu sagen. Jedenfalls gab ihr Benehmen während der Untersuchung und Verhandlung Niemandem Anlass, den Verdacht der Geistesstörung zu schöpfen.

Der Katatonie reiht sich an Häufigkeit an die wohlumschriebene Alcoholiker-Gruppe. Es sind im Ganzen neun Fälle, also 10 pCt. aller Erkrankungen, wovon sechs in Einzelhaft an Delirium tremens erkrankten. Da der das Delirium auslösende Einfluss der Einsamkeit wohl bekannt ist, brauche ich nicht näher auf diese Form einzugehen. Die drei anderen Fälle sind die Repräsentanten eines eigenartigen klinischen Bildes, das man vorläufig mit dem Namen des chronischen Alcohol-Wahns nach Delirium tremens bezeichnen und wie uns scheint jetzt schon von den übrigen alcoholistischen Psychosen abtrennen kann. Es handelt sich um chronische Alcoholiker, welche die Trunksucht zu Bettlern und Landstreichern gemacht hatte und welche schon mehrere Male an Delirium tremens erkrankt waren. Im Anschluss an das zuletzt durchgemachte Delirium trat aber nicht Heilung ein, sondern nach einem kurzen Zwischenraum scheinbarer Gesundheit ein Zustand chronischer Hallucination, verbunden mit lebhafter Erregung und unsystematisirter Wahnbildung. Der Kranke hört Stimmen, die ihn verspotten und schimpfen. Man kündigt ihm an, einen Lustmord an ihm zu verüben. Er sieht Männer vorbeihuschen, die ihn töten wollen. Er geräth deshalb in lebhafte Angst, in der er Tage und Nächte lang verharren kann. Gegen die Umgebung ist er dann gereizt, misstrauisch, macht ihr die schwersten Vorwürfe, droht, schimpft. Von der Wirklichkeit der Hallucinationen und Verfolgungen ist er im Moment felsenfest überzeugt. Theils lässt er sich auf eine Discussion darüber ein,

theils nicht. Zeitweise treten die Sinnestäuschungen und die Angst zurück und der Kranke wird ruhig, zugänglich, legt sein Misstrauen ab; zugleich bricht der typische Trinkerhumor hervor.

Stets sind die Kranken besonnen, orientirt, nicht negativistisch, benehmen sich natürlich, zeigen starken Affect, keine Manieren, Tics, Katalepsie, Echosymptome, noch Stereotypien. Die Einsicht in ihre Krankheit ist nur eine halbe, simulirte, oder ist garnicht vorhanden.

Nach den alcoholistischen Psychosen sind Epilepsie und Hysterie die häufigsten Erkrankungen; von der ersteren kamen acht Fälle, von der letzteren drei typische Fälle zur Beobachtung. Selbstverständlich handelt es sich hierbei nur um auf dem Boden der schon bestehenden Grundkrankheit ausbrechende acute Symptome wie Krampfanfälle, Tob- und Zerstörungssucht, acuter Verfolgungswahn, Hallucinationen, Personenverkennung, Nahrungsverweigerung u. s. w. Zwei der Hysterien entwickelten sich auf Grund imbeciller Veranlagung. Ferner kamen unter meinen Fällen noch vor: Einmal Imbecillität, einmal sogenannte chronische Paranoia bei Epilepsie im Sinne *Buchholz'*, beide als Exacerbationen der vor der Inhaftirung schon bestehenden Krankheit; schliesslich dreimal Paranoia im Sinne *Kraepelin's*. Zwei dieser Paranoiker hallucinirten nicht in der Haft, sondern schöpften aus derselben nur neue Nahrung und Eindrücke, welche sie in organische Beziehung zu ihrem Wahngebäude brachten. Beim Dritten zeigten sich nur in der Haft Sinnestäuschungen. Ebenso bei einem sexuell etwas abnormen Imbecillen leichten Grades.

Die genannten klinisch klaren Fälle machen 83 pCt. der von uns untersuchten Hafterkrankungen aus. Sie alle gehören nach Beginn, Verlauf und Ausgang irgend einer im freien Leben vorkommenden klinisch wohl charakterisirten Geistesstörung an. — Bei den übrig bleibenden 17 pCt. waren unsere diagnostischen Bemühungen dagegen bis jetzt leider nicht von Erfolg begleitet. Der Vollständigkeit halber seien die Gründe dieses Misserfolges hier kurz erwähnt.

Ein Fall betrifft einen vielfach bestraften, ziemlich intelligenten anfangs nicht paranoischen Menschen, der in seinem 36. Altersjahr im Gefängniss plötzlich an Wahnideen und nicht ganz sicher gestellten Hallucinationen erkrankte und in der Klinik und bei

seiner Entlassung das Bild eines Paranoikers darbot. Leider ist der Patient unsern Augen ganz entschwunden, sodass eine Katamnese bis jetzt nicht erhältlich war.

Aus dem gleichen Grunde nicht verwerthbar ist ein in seinem 52. Altersjahr im Gefängniss allmählig an paranoischen Wahnideen erkrankter Bettler, Vagabund und Trinker, der in der Klinik vorübergehend und vereinzelt Symptome von Katatonie darbot, jedoch in eher paranoischem Zustande die Anstalt verliess.

Bei einem vielfach vorbestraften 45 Jahre alten nach Character und geistiger Schwäche epileptischen Individuum traten in der Haft sinnlich nicht sehr deutliche Stimmen und Gesichtstäuschungen auf, Beeinträchtigungswahn und Verstimmung, welche nach Verlassen des Gefängnisses verschwanden, nach vierwöchentlichem Aufenthalt in der Klinik aber wieder erschienen. Besonders complicirt den Fall der Umstand, dass 10 Jahre früher nach einem Sturz ein ähnlicher Zustand aufgetreten war.

Es konnte sich somit möglicherweise um eine durch Trauma als Veranlassung ausgelöste Epilepsie handeln.

Ein weiterer Fall ist ein vielfach bestrafter Säufer und Landstreicher, der in der Haft erregt wurde ohne Delirium tremens zu zeigen. Seine Verstimmungen, Weitschweifigkeit, Reizbarkeit scheinen auf Epilepsie hinzudeuten. Sein Schwachsinn ist aber alcoholischer Natur. Wahrscheinlich handelt es sich um alcoholische Degeneration eines Epileptikers.

Bei einem Fall ist die Differenzial-Diagnose zwischen Epilepsie und Hysterie, bei einem andern diejenige zwischen Epilepsie und Paranoia nicht zu stellen. Mit Sicherheit handelt es sich um je eine dieser beiden Psychosen.

Vier Fälle sind nach Verlauf und Ausgang ohne Zwang dem Bilde der Dementia praecox einzureihen. Doch konnte leider nicht durch die Anamnese festgestellt werden, dass es sich um eine erworbene Krankheit handelte. Freilich schliessen die vorliegenden, lückenhaften Daten dies nicht aus.

Bei den drei folgenden Fällen liegt ebenfalls wahrscheinlich Katatonie vor. Doch zeigt einer davon, mit übrigens ganz katatonischer Anamnese, im gegenwärtigen Bild so viele hysterische, ja zum Theil paralytische Züge, dass man von typischer Katatonie nicht sprechen darf, ja möglicherweise hier ein uns noch ganz

unbekannter Krankheitsprocess zu Grunde liegt. Die zwei andern sind wohl sicher katatonisch, doch fehlt leider, wegen Mangels einer Katamnese die Bestätigung der Diagnose.

Bei weiteren zwei Fällen handelt es sich um mehrfach bestrafte Individuen, welche in der Haft acut an paralytischen Symptomen erkrankten, in der Klinik als paralytisch aufgefasst und entlassen wurden, in der Pflegeanstalt zu Emmendingen aber gegenwärtig, d. h. vier Jahre nach Beginn der Erkrankung, beide kein paralytisches, sondern ein katatonisches Krankheitsbild darbieten. Eine solche Entwickelung zeigen ziemlich viele, wenn auch nicht den Verbrecherkreisen angehörende Fälle. Sie sind in ihrer Bedeutung noch ganz unaufgeklärt. Möglicherweise handelt es sich hierbei um einen Verlaufstypus der Katatonie, dessen Beginn wir leider noch nicht zu Diagnosticiren vermögen.

Ein letzter Fall schliesslich ist wegen seiner Frische ebenfalls von den klarliegenden Krankheitsbildern abzuscheiden. Es war dies ein anscheinend gesunder, wegen Nothzucht in Untersuchungshaft versetzter, von Anlage etwas roher Mensch, der in der Zelle ziemlich acut unruhig und ängstlich wurde, Stimmen hörte, sich mit dem Tode bedroht fühlte, der in der Klinik immer aufgeregter und unsinnig gewaltthätig wurde und schliesslich drei Monate nach Beginn der Krankheit mit der Diagnose Katatonie in eine andere Anstalt überführt wurde. Allerdings sind die für diese Krankheit eigentlich kennzeichnenden Störungen bisher bei dem Kranken noch nicht aufgetreten. Doch wissen wir, dass sie bei Fällen, die in der hier beobachteten Weise beginnen, früher oder später nicht auszubleiben pflegen.

Werfen wir einen Rückblick auf die beschriebenen Fälle, so sehen wir, dass sie, mit Ausnahme des letzten, wegen seiner Frische nicht zu verwertenden Falles, alle entweder lange vor der Haft beginnen oder weit über die Haftzeit hinausdauern. Im ersten Fall ist es klar, dass eine Krankheit vorliegen muss, welche mit der Haft nichts zu thun haben kann, im letztern Fall entfernen sich die Symptome so sehr von den für das Gefängniss charakterischen Erscheinungen, dass sie mit diesem nicht in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden können oder aber, sie gleichen voll und ganz denjenigen Krankheitszeichen, wie sie auch bei den in der Freiheit vorkommenden Psychosen zu finden sind.

Von allen meinen untersuchten Fällen ist also auszusagen, dass sie 1. entweder ihren Beginn schon vor der Haft nehmen oder bedeutend länger dauern, als der schädigende Einfluss der Haft reichen kann, und dass sie 2. in Beginn, Verlauf und Ausgang Krankheitsprocesse darstellen, welche unabhängig von jeglicher Haft im freien Leben vorzukommen pflegen.

Nach Constatirung dieser grundlegenden Thatsache drängt sich uns nun aber die Frage auf, ob und wie die Gefangenschaft die Erscheinungsform der einzelnen Geisteskrankheit modificiren kann.

Eine Prüfung des Heidelberger Materials von diesem Gesichtspunkte aus ergiebt, dass jede im Gefängniss vorkommende Psychose vorübergehend einen Symptomencomplex darbieten kann, wie er schon längst von *Gutsch*, *Reich*, *Kirn* und andern so treffend geschildert und dessen verblüffende Einförmigkeit von diesen Autoren bereits hervorgehoben wurde. Ich meine das Auftreten von Hallucinationen des Gehörs (und Gesichts), Begnadigungsverheissungen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, Angstzuständen, Verstimmung und Reizbarkeit. Es ist gewissermaassen eine hallucinatorische Episode, welche sich während der Haft in die bestehende oder erst beginnende Grundkrankheit eingliedert oder, wie wir noch sehen werden, ihr wie etwas ganz Fremdartiges aufruhen kann. Diese Haft-Symptome sind so bekannt, dass ich mir eine nähere Beschreibung derselben wohl erlassen kann. Ich fand sie vor in 28 Fällen: Bei 15 Katatonikern, 3 Epileptikern, 1 Hysteriker, 1 Quaerulanten, 1 sexuell perversen und imbecillen Menschen, 1 Imbecillen und in 6 von den klinisch unaufgeklärten Fällen (wovon muthmaasslich 2 Epileptiker, 1 Paranoiker, 3 Katatoniker).

Sie traten 18 Mal in der Einsamkeit der Isolirzelle auf, waren aber an diese nicht gebunden, denn sie erschienen in zehn Fällen auch in Collectivhaft. Mit dem Affect scheinen sie, wenn überhaupt, eher im Sinne *Moeli*'s in ursächlichem Zusammenhang zu stehen, d. h. in der Katatoniker-Gruppe werden Gewohnheitsverbrecher mehr von ihnen heimgesucht als Gelegenheitsverbrecher. Während diese letzteren nur in 36 pCt. der Fälle an dem Symptomencomplex erkrankten, weisen die Gewohnheitsverbrecher 64 pCt. auf. Eine besondere, körperliche Erschöpfung lag bei

unsern Fällen als Ursache sicher nicht vor. Erbliche Belastung war in fast allen Fällen da, doch nicht in erheblichem Maasse. So lange wir aber nicht wissen, wie stark geistig Gesunde belastet sind, dürfen wir einer nicht sehr ausgesprochenen Belastung bei einer solchen Frage keinen allzugrossen Werth beilegen.

Nur soviel lässt sich nach dem vorliegenden Material mit Sicherheit sagen, dass ausnahmslos entweder die Einzelhaft oder eine lange Serie von Vorstrafen im Verein mit den immerhin noch beträchtlichen Freiheitsbeschränkungen der Collectiv-Haft als Ursache für die Entstehung dieser Erscheinungen herbeigezogen werden kann. Nach Aufhebung und Bekämpfung dieser Ursachen treten denn auch die Symptome zurück und es bleiben schliesslich nur noch die Zeichen der Grundkrankheit. Bei Rückversetzung in Haft können sie von Neuem beginnen.

Es ist gewiss von hohem practischem Werth, diese zwei prognostischen Gesichtspunkte, wenn ich mich so ausdrücken darf, auseinander zu halten. Die auf die Umgebung abgetönten Bestandtheile des Symptomencomplexes verblassen gewöhnlich rasch in der Freiheit oder im Krankenhause, die Symptome der Grundkrankheit aber sind hartnäckiger und verschwinden zum Theil überhaupt nicht. Bemerkenswerth ist, dass die erwähnten, charakteristisch einförmigen hallucinatorischen Episoden nicht blos bei Krankheiten vorkommen, in deren Verlauf Hallucinationen etwas Alltägliches sind, sondern auch bei Formen der Geistesstörung, in welchen Gehörstäuschungen nur äusserst selten, wenn überhaupt, auftreten.

Im erstern Fall, wo schon Hallucinationen bestehen oder wo das Gehirn zu Hallucinationen erfahrungsgemäss praedestinirt ist, wie bei Katatonie, Epilepsie, Paranoia, Hysterie und den Alcohol-Psychosen, liegt die Annahme der Wahrscheinlichkeit einer einfachen Anpassung derselben an die Verhältnisse und den Betrieb des Strafhauses ungemein nahe.

Im zweiten Falle, wo im klinischen Bild des freien Lebens Hallucinationen gewöhnlich nicht angetroffen werden, wie bei Imbecillität und sogenannter Psychopathie, muss es, neben den mächtig auf die Seele einwirkenden Einflüssen der Einsamkeit, der Aufregung der Untersuchung, der Zerknirschung u. s. w. besonders die zu abnormen Aeusserungen disponirte Geistesthätigkeit

sein, welche diese psychisch widerstandsunfähigen Kranken den Qualen einer erhitzten Phantasie und eines überreizten Gemüthslebens anheim giebt. Wenn schon bei Gesunden ausnahmsweise gewisse Vorstellungen lebhafte, sinnliche Kraft erlangen und sich in Form hypnagogischer Hallucinationen richtige Wahrnehmungstäuschungen ohne besondere äussere Ursache ausbilden können, in wie viel stärkerem Maasse muss dies bei Individuen der Fall sein, deren Gehirn von vornherein abnorm reagirt und durch heftige Gemüthsbewegungen in den Zustand höchster Reizempfänglichkeit versetzt ist. Vielfach genügen schon innere, körperliche Vorgänge der Blutcirkulation u. s. w. oder einfache durch die Zellwände übermittelte Schallwellen u. dgl. zur Erregung sinnlich lebhafter Wahrnehmungen, welche dann in der eigenartigen Lage und Umgebung auch in entsprechend eigenartig wahnhafter Weise verarbeitet werden.

Trotz der grossen Wahrscheinlichkeit, welche diese Erklärung des Emporspriessens von Sinnestäuschungen im Gehirn einer sonst nie hallucinirenden aber doch psychisch abnormen Persönlichkeit für sich hat, ist es doch rathsam die Möglichkeit zu erwägen, ob es sich in einigen Fällen nicht doch um einen in der Haft auftretenden und durch dieselbe verursachten, besondern, selbständigen Krankheitsprocess handeln könnte. Zu dieser Annahme gehören unserer Ansicht nach folgende Voraussetzungen:

Erstens darf der Symptomencomplex nicht auf dem Boden einer psychotischen Persönlichkeit entstehen.

Zweitens müssen Beginn und Verlauf typisch sein. Es muss Heilung eintreten oder Ausgang in eine für die Krankheit charakteristische, von andern, namentlich katatonischen Endzuständen verschiedene Schwachsinnsform.

Drittens muss die Beobachtung eines in der Haft an dem Symptomencomplex Erkrankten sich über sein ganzes Leben vor und nach der Haft erstrecken.

Den zwei ersten Voraussetzungen zugleich genügt leider nur einer unsrer Fälle. Es ist dies der schon erwähnte Imbecille leichten Grades, welcher wegen eines sexuellen Vergehens uns zur Begutachtung eingewiesen wurde. Der Mann der früher nie hallucinirt hatte, hörte seit den ersten Wochen seiner Haft öfter seinen

Namen rufen. Es war die Stimme seiner Frau: „Wenn Du so etwas gethan hast, hättest Du mich nicht heirathen sollen!“ Die Stimmen kamen von unten herauf oder aus der Wand. Es waren auch unbekannte Stimmen, Leierkastenmusik und Glockengeläute, erst nur bei Nacht und vereinzelt, später auch bei Tag und immerfort. Der Kranke wurde schlaflos und so ängstlich, dass er sich gar nicht mehr zu helfen wusste; er suchte die Urheber der Stimmen, fand sie nicht, rannte umher, schaute sich um. Endlich stieg seine Erregung so sehr, dass er Nachts auch rothe Gestalten und verzerrte Köpfe und Fratzen sah. Dies dauerte ca. vier Wochen. In der Klinik hörte er nur noch ganz im Anfang Stimmen, Geräusche und Musik aus der Ferne kommen. Doch corrigirte er bald vollständig alle seine hallucinatorischen Erlebnisse und bot bei seiner Entlassung wieder durchaus das gleiche Bild wie vor der Haft-Erkrankung. Leider hat sich dieser Mann nun bereits seit fünf Jahren unserer Beobachtung entzogen und ist es uns deshalb unmöglich dem Punkt drei unserer Voraussetzungen ganz zu genügen.

Wir gestehen indessen gerne, dass Fälle, die allen drei Voraussetzungen gerecht werden, wohl denkbar sind. Ganz besonders geeignet, die klinische Selbständigkeit und Eigenartigkeit des hallucinatorischen Complexes zu demonstriren, wären früher stets gesunde, nicht psychopathische, aus Missverständniss oder ungerechtfertigten Verdacht inhaftirte, also auch nicht verbrecherische Individuen, welche nach der specifischen Erkrankung in der Haft draussen wieder gesund würden und gesund blieben oder in einen eigenartigen Schwächezustand verfielen.

Solche Fälle sind uns aber nicht bekannt, weder aus der Literatur, noch aus eigener Erfahrung.

Wir geben auch die Möglichkeit zu, dass manche leichtere Fälle in Bruchsal, Kislau und in den Amtsgefängnissen so rasch verlaufen, dass wir sie in Heidelberg gar nicht zu sehen bekommen. Wie ich den Mittheilungen von Herrn Medicinalrath Dr. *Ribstein* in Bruchsal verdanke, sind solche Fälle sogar ziemlich häufig. Sollen dieselben aber für uns beweisend sein, so müsste auch für sie, wie bei unsern Fällen, durch genaue Untersuchungsmethoden die klinische Zugehörigkeit zu bekannten Processen oder dann ihre klinische Eigenart festgestellt werden.

Dies ist bis jetzt meines Wissens noch nicht geschehen.

Die klinische Selbständigkeit des Gefangenenwahnsinns ist und bleibt also eine noch offene Frage. Sollte sie sich schliesslich aber doch bejahen lassen, so würde diese Lösung insofern wohl nur geringe practische Bedeutung besitzen, als die Gefängnisspsychose sui generis ungemein viel seltener sein müsste, als gewöhnlich angenommen wird, da den ersten Platz im Gefängniss doch immer jetzt schon wohl bekannte klinische Formen des freien Lebens einnehmen, voran die Katatonie, die Epilepsie und die alcoholistischen Psychosen.